

Toute demande d'analyse constitutionnelle doit impérativement être accompagnée d'un consentement du patient.

Identification du patient	Prescripteur et destinataire du compte-rendu
NOM : .....	NOM : .....
Nom de naissance : .....	N° RPPS: .....
Prénom : .....	Service / Etablissement: .....
Date de naissance : ...../...../.....	Adresse : .....
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Téléphone: .....
	Date de prescription : ...../...../.....

<b>Prélèvement 1</b> Date: ...../...../..... Préleveur (Nom/Prénom): ..... <input type="checkbox"/> Sang (EDTA 5mL) <input type="checkbox"/> Autres : ..... <input type="checkbox"/> ADN .....ng/μl, origine:.....	<b>Prélèvement 2</b> Date: ...../...../..... Préleveur (Nom/Prénom): ..... <input type="checkbox"/> Sang (EDTA 5mL) <input type="checkbox"/> Frottis jugal (FTA) <input type="checkbox"/> ADN .....ng/μl, origine:.....
--	---

### ANALYSE COMPLETE

**Prédisposition héréditaire aux cancers du sein et de l'ovaire**

**Cas index (N351) – Séquençage à haut débit d'un panel de gènes**

BRCA1, BRCA2, PALB2, RAD51C, RAD51D, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, PTEN, TP53 et CDH1

**Urgence**

Préciser l'indication et le délai souhaité : .....

.....

#### Phénotype:

**Propositus asymptomatique**

**Cancer du sein** : - âge : .....

- type :  CCI     CCIS     CLI     autres : .....

- localisation:  droit     gauche     bilatéral

- grade : ..... KI 67: ..... %

- métastases ?  Oui     Non    stade TNM: T..... N..... M.....

- analyses somatiques : RO ..... RP ..... HER2 ..... →  triple négatif     triple positif

- détecté par :  autopalpation     mammographie     autres : .....

- traitement :  CT néoadjuvante     CT adjuvante     tumorectomie     mastectomie totale     radiothérapie  
 CT en cours    date de chirurgie programmée: ...../...../.....

**Cancer de l'ovaire** : - âge : .....

- type histologique :  séreux     endométrioïde     à cellules claires     autre:.....

- localisation:  droit     gauche     bilatéral

- grade : .....

- rechute ?  Oui     Non     éligible iPARP

- traitement:  CT néoadjuvante     CT adjuvante     chirurgie

**Commentaire :**

#### Histoire familiale:

Joindre un arbre généalogique ou préciser lien de parenté, type de cancer, âge d'apparition, localisation

antécédents familiaux évocateurs

sporadique

### ANALYSE CIBLEE

**Apparenté** (2 prélèvements – N353 + N906 ou 2N318)

**Confirmation / expertise d'une variation** (N353 ou N318)

Préciser le nom du cas index : ..... Numéro de famille à Rouen : .....

**Variation (nomenclature en c., p., exon/intron):** ..... **Gène :** .....

Si la variation n'a pas été identifiée dans notre laboratoire, merci de joindre une copie du compte-rendu du cas index.

### ANALYSE COMPLEMENTAIRE

**étude de transcrit**

**analyse tumorale**

Préciser le gène et la variation à étudier : .....

### RESULTATS – partie réservée au laboratoire

WT

VSI

Pathogène (classes 4 / 5 / CNV)

Gène:.....

Gène:.....